



Ogólne Warunki Ubezpieczenia Forteo

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem”, w zakresie działania swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.

2. Ubezpieczonym w umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia może być wyłącznie osoba fizyczna, która w dniu wskazanym jako początek okresu ubezpieczenia nie ukończyła 65 roku życia.

DEFINICJE

§ 2

Pojęcia używane w dalszej części niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **czynności o podwyższonym stopniu ryzyka** - rafting lub uprawianie innych sportów wodnych na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów oddechowych, skoki ze spadochronem, uprawianie paralotniarstwa, szybownictwa oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, udział i przygotowania do udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych, skoki bungee, sztuki walki i wszelkiego rodzaju sporty obrotowe, uprawianie wspinaczki wysokogórskiej i skalnej, speleologii, myślistwo, jazdę konną, bobsleje, skoki narciarskie, jazdę na motorach, skuterach, jazdę na nartach wodnych oraz jazdę z wykorzystaniem pojazdów poruszających się po śniegu lub lodzie,
- 2) **ekspedycja** - zorganizowana wyprawa mająca na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym,
- 3) **koszty leczenia** - wszelkie niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty poniesione na badania i zabiegi ambulatoryjne oraz operacyjne, w tym koszty operacji plastycznych rekonstrukcyjnych, pobyt w placówce służby zdrowia, jak również zakup niezbędnych lekarstw, środków opatrunkowych, środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych, o ile konieczność ich zakupu powstała w wyniku wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, przy czym za koszty leczenia nie uważa się kosztów rehabilitacji,
- 4) **lokaut** - zamknięcie zakładu przez właściciela, połączone ze zwalnianiem pracowników, przeprowadzane dla zmuszenia ich do przyjęcia gorszych warunków pracy lub ze względu na strajk,
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony - niezależnie od swojej woli - doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
- 6) **osoba uprawniona** - wskazana przez Ubezpieczonego osoba fizyczna, uprawniona do odbioru należnej sumy ubezpieczenia na wypadek jego śmierci,
- 7) **osoby trzecie** - wszystkie osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczenia,

- 8) **osoby wykonujące zawody o podwyższonym stopniu ryzyka** - osoby zatrudnione w siłach zbrojnych (poza pracownikami biurowymi), w policji (poza pracownikami biurowymi), robotnicy budowlani pracujący przy wyburzaniu i rozbiórkach, robotnicy budowlani pracujący na wysokościach - powyżej 15 m, osoby pracujące przy budowie rusztowań, nurków zawodowych, rybacy, marynarze, osoby zatrudnione w przemyśle wydobywczym (robotnicy zatrudnieni na platformach wydobywczych, górnicy), artyści cyrkowi, akrobaci, kaskaderzy,
- 9) **przedsiębiorca** - osoba fizyczna, osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową,
- 10) **strajk** - zbiorowe, dobrowolne wstrzymanie pracy na jakiś czas przez pracowników w jednym lub kilku zakładach, instytucjach, będące wyrazem protestu, np. politycznego, ekonomicznego oraz żądaniem zmian,
- 11) **terroryzm** - nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych,
- 12) **wyczynowe uprawianie sportu**:
 - a) uprawianie dyscyplin sportowych w ramach zarejestrowanych sekcji lub klubów sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,
 - b) uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi.

WARIANT FORTEO STANDARD

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz za granicą.

RODZAJE ŚWIADCZEŃ

§ 4

Ubezpieczyciel wypłaca następujące rodzaje świadczeń:

- 1) w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, jeżeli nastąpiła ona w okresie do 2 lat od daty jego wystąpienia - 100% sumy ubezpieczenia,
- 2) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zaistniałego nieszczęśliwego wypadku - odpowiedni procent sumy ubezpieczenia ustalony zgodnie z Tabelą 1 oceny uszczerbku na zdrowiu:

Tabela 1

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
TRWAŁE I CAŁKOWITE INWALIDZTWO	
Całkowita, obuoczna utrata wzroku	100%
Amputacja obu kończyn górnych	100%
Całkowita, obustronna utrata słuchu	100%
Całkowita utrata mowy	100%
Porażenie całkowite obu kończyn dolnych (paraplegia)	100%
Porażenie całkowite czterokończynowe (tetraplegia)	100%
Poparzenie III stopnia powyżej 20% powierzchni ciała	100%
TRWAŁE I CZĘŚCIOWE INWALIDZTWO	
Głowa	
Utrata pełnej grubości kości czaszki na powierzchni ponad 6 cm ²	40%
Częściowe usunięcie żuchwy lub połowy szczęki dotyczące pełnej grubości kości	40%
Całkowita utrata wzroku w jednym oku	40%
Całkowita utrata słuchu, jednostronna	30%
Kończyny górne	
Amputacja jednej kończyny górnej powyżej łokcia	65%
Amputacja przedramienia (poniżej łokcia)	60%
Całkowita amputacja jednej ręki (dłoni)	50%
Całkowita pourazowa utrata funkcji kończyny górnej	50%
Całkowita amputacja pięciu palców jednej ręki	40%
Kończyny dolne	
Amputacja kończyny dolnej na poziomie stawu kolanowego	60%
Amputacja podudzia (poniżej kolana)	50%
Całkowita amputacja stopy	40%
Całkowita pourazowa utrata funkcji kończyny dolnej	40%
Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 5 cm (wskutek urazu)	30%
Całkowita amputacja pięciu palców jednej stopy	25%

3) z tytułu złamań - odpowiedni procent sumy ubezpieczenia ustalony zgodnie z Tabelą 2 oceny uszczerbku na zdrowiu:

Tabela 2

Wystąpienie złamania	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
Kości czaszki	8%
Miednicy (bez kości ogonowej)	6%
Kości udowej	6%
Kości strzałkowej, piszczelowej	4%
Kości ramiennej	6%

Kości promieniowej, łokciowej, kości nadgarstka	4%
Kręgosłupa	8%
Inne złamania kości	1%

WARIANT FORTEO GOLD

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 5

Przedmiotem ubezpieczenia są:

- 1) następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz za granicą,
- 2) wystąpienie zawału serca i udaru mózgu.

RODZAJE ŚWIADCZEŃ

§ 6

1. W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków wypłacane są świadczenia określone w § 4.
2. W przypadku wystąpienia zawału serca i udaru mózgu wypłacane jest świadczenie stanowiące odpowiedni procent sumy ubezpieczenia ustalony zgodnie z Tabelą 3 oceny uszczerbku na zdrowiu:

Tabela 3

Wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
Zawał serca	30%
Udar mózgu	30%

3. Odpowiedzialność z tytułu zdarzeń, o których mowa w ust. 2 zachodzi, o ile w ciągu 24 miesięcy poprzedzających zawarcie umowy ubezpieczenia u Ubezpieczonego nie rozpoznano lub nie leczono chorób układu sercowo-naczyniowego (w tym nadciśnienia tętniczego lub choroby wieńcowej) lub cukrzycy.
4. Ponadto Ubezpieczyciel wypłaca codzienne świadczenie szpitalne, w przypadku trwającego co najmniej 72 godziny pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, związanego z wystąpieniem zdarzeń określonych w ust. 2 oraz § 4 pkt 2) i 3) - w wysokości 100 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu; codzienne świadczenie szpitalne nie obejmuje pobytu Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju sanatoriach, szpitalach uzdrowiskowych, ośrodkach rehabilitacyjnych, domach opieki lub hospicjach.

§ 7

1. Pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, zakres świadczeń może zostać rozszerzony o:

- 1) zwrot udokumentowanych kosztów leczenia będących następstwem zdarzeń określonych w § 4 pkt 2) i 3), pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wystąpienia zdarzenia powodującego odpowiedzialność Ubezpieczyciela - do wysokości 20% sumy ubezpieczenia,
- 2) jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy zawodowej, do jakiej Ubezpieczony posiada

kwalifikacje z racji zdobytego wykształcenia lub doświadczenia, stanowiącej podstawowe źródło utrzymania w ciągu ostatnich 6 miesięcy poprzedzających datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, jeżeli utrata zdolności do wykonywania pracy nastąpiła w wyniku trwałego uszczerbku określonego w § 4 pkt 2) w ciągu 2 lat od daty wypadku - w wysokości 100.000 zł.

2. Zakres ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2) obejmuje wyłącznie osoby, które w dniu zawarcia umowy oraz nieprzerwanie 6 m-cy przed zawarciem umowy ubezpieczenia były zatrudnione lub wykonywały pracę zawodową w ramach działalności gospodarczej prowadzonej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

3. W przypadku wykonywania kilku zawodów jednocześnie, przy rozszerzeniu umowy ubezpieczenia o jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy zawodowej Ubezpieczony musi wskazać we wniosku ubezpieczeniowym jeden zawód, w wyniku utraty którego Ubezpieczyciel ma wypłacić świadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2).

POSTANOWIENIA WSPÓLNE

WYŁĄCZENIA

§ 8

1. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są wypadki doznane:

- 1) w następstwie popełnienia bądź usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub samobójstwa,
- 2) w wyniku samookaleczenia,
- 3) w wyniku choroby psychicznej oraz choroby układu nerwowego,
- 4) w wyniku zatrucia alkoholem, narkotykami lub innymi środkami odurzającymi,
- 5) wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokojów społecznych, strajków, lokautów oraz aktów terroryzmu lub sabotażu,
- 6) wskutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganego uprawnienia,
- 7) w związku z wyczynowym uprawianiem sportu,
- 8) w związku z wykonywaniem, nawet jednokrotnie, czynności o podwyższonym stopniu ryzyka,
- 9) w związku z wykonywaniem zawodów o podwyższonym stopniu ryzyka.

2. Ponadto ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- 1) wypadków powstałych wskutek pozostawiania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub pod wpływem narkotyków albo innych środków odurzających,
- 2) infekcji, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli Ubezpieczony został zakażony mikroorganizmem chorobotwórczym w wyniku ran odniesionych w wypadku objętym zakresem ubezpieczenia,
- 3) uszkodzeń dysków międzykręgowych,
- 4) zatruc przewodu pokarmowego,
- 5) śmierci i uszczerbku na zdrowiu powstałego w następstwie niewłaściwego leczenia albo niewłaściwie wykonanych zabiegów na organizmie Ubezpieczonego, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli leczenie lub zabiegi były następstwem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową.

FORMA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie całodobowym.
2. Umowa ubezpieczenia może mieć charakter indywidualny lub grupowy.

SPOSÓB ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczeniowego, sporządzonego w formie pisemnej.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko (nazwę) oraz adres Ubezpieczającego,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego, jeżeli umowa jest zawierana na cudzy rachunek,
 - 3) numer PESEL Ubezpieczonego,
 - 4) zawód Ubezpieczonego,
 - 5) okres ubezpieczenia,
 - 6) przedmiot i zakres ubezpieczenia,
 - 7) sumę ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY NA CUDZY RACHUNEK

§ 11

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego).
2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.
4. Ubezpieczony może żądać, by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Sumy ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu jednego zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia dla wszystkich świadczeń z wyjątkiem jednorazowego świadczenia z tytułu utraty zdolności do wykonywania pracy zawodowej, dla którego ustala się odrębną sumę ubezpieczenia w wysokości 100.000 zł.
3. W sytuacji gdy wskutek jednego wypadku dojdzie do jednoczesnego powstania kilku obrażeń powodujących uszczerbek na zdrowiu, poszczególne wysokości świadczeń z tytułu uszczerbku na zdrowiu sumują się, z tym że suma tych świadczeń nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.

SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 13

1. Ubezpieczyciel ustala składkę ubezpieczeniową po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Składkę ubezpieczeniową i tryb jej płatności określa się na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy.
3. Wysokość składki jest zależna od wysokości sumy ubezpieczenia, klasy ryzyka, rodzaju świadczeń i formy płatności składki.
4. Składka może być płatna jednorazowo, w 2, 4 lub 12 ratach.

§ 14

W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Początek i koniec okresu ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia, potwierdzonej polisą ubezpieczeniową.
2. Okres ubezpieczenia trwa jeden rok.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia.
4. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, jeżeli składka lub jej rata nie została zapłacona w terminie określonym w umowie mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni.
5. Jeżeli zapłata dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się dzień zlecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek Ubezpieczyciela - pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki, w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela odpowiednią kwotą.
6. Za zapłatę składki lub kolejnej raty składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej niż wynikającej z umowy ubezpieczenia.
7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygaśnie przed tym terminem.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 16

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane przedstawicielowi. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności, wymienione w ust. 1, o które Ubezpieczyciel zapytywał we wniosku ubezpieczeniowym albo w innych pismach przed zawarciem umowy.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 i 2 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i 2 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust.1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 17

1. Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 3 dni od daty powstania szkody lub uzyskania o niej wiadomości powiadomić Ubezpieczyciela o wypadku pod numerem telefonu: 801 107 107 lub (58) 555 5 555.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ustępie poprzedzającym Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
3. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

§ 18

1. W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony obowiązany jest:
 - 1) poddać się leczeniu i stosować się do zaleceń mających na celu złagodzenie skutków wypadku,
 - 2) zwolnić lekarzy, u których leczył się przed zaistnieniem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji z leczenia,
 - 3) zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej,
 - 4) poddać się badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela lub ewentualnej obserwacji klinicznej,
 - 5) podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania wypadku i ustalenia jego następstw,
 - 6) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania wypadku, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.
2. Ponadto Ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od daty zakończenia leczenia i rehabilitacji dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia, w tym w szczególności:
 - 1) karty informacyjne z pobytów w szpitalu, kopie wyników badań diagnostycznych, opinie lekarskie i inne dokumenty stwierdzające zakres udzielonej pomocy medycznej i przyczyny wypadku,
 - 2) oryginały rachunków za opłaconą pomoc medyczną lub dotyczące

innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia w przypadku zgłaszania roszczeń z tytułu kosztów leczenia,

3) dokumenty dotyczące zatrudnienia w okresie 6 miesięcy poprzedzających datę wypadku - w przypadku dochodzenia roszczeń z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy zawodowej.

3. Ubezpieczony ma obowiązek udostępnić inne dokumenty niezbędne do prawidłowej likwidacji szkody.

4. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.

5. Dokumenty, o których mowa w ust. 2 Ubezpieczony zobowiązany jest zgromadzić i dostarczyć Ubezpieczycielowi na własny koszt.

6. W razie śmierci Ubezpieczonego osoba uprawniona obowiązana jest dostarczyć do Ubezpieczyciela:

1) dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, przez

które rozumie się w szczególności wyciąg z aktu zgonu,

2) dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub powinowactwo

uprawnionego z Ubezpieczonym, w przypadku niewskazania w umowie osoby uprawnionej.

§ 19

W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczonego obowiązków wymienionych w § 18, Ubezpieczyciel odmawia wypłaty świadczenia w całości lub w odpowiedniej części w zależności od tego w jakim stopniu niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie przyczyny wypadku, okoliczności zdarzenia lub wysokości odszkodowania.

§ 20

Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu udokumentowane koszty dodatkowych badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela dla uzasadnienia roszczeń.

SPOSÓB USTALANIA WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

§ 21

Uprawniony z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.

§ 22

1. Ustalenie związku przyczynowego oraz rodzaju uszczerbku na zdrowiu następuje na podstawie dostarczonych dowodów oraz dokumentacji medycznej.

2. Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu lub złamania ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, a w razie dłuższego leczenia - najpóźniej do 24 miesiąca od dnia wypadku. Późniejsza zmiana rodzaju trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

3. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu, których funkcje były już upośledzone wskutek choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego z innego zdarzenia, wysokość świadczenia określa się jako różnicę między wysokością uszczerbku określonego w § 4 pkt 2) i 3) w Tabeli nr 1 i 2, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem.

4. Weryfikacji stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Ubezpieczyciela.

§ 23

Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, wystąpienia złamania, dziennego świadczenia szpitalnego lub zwrotu kosztów leczenia, a następnie zmarł wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od już wypłaconego, przy czym potrąca się kwotę uprzednio wypłaconą.

§ 24

1. Jeżeli Ubezpieczony zmarł po ustaleniu trwałego uszczerbku na zdrowiu z przyczyn związanych z nieszczęśliwym wypadkiem, ale nie pobrał należnych świadczeń, wówczas osobie uprawnionej wypłaca się tylko świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

2. Jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, wskutek którego utracił zdolność do wykonywania pracy zawodowej, a następnie z przyczyn związanych z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem zmarł, Ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie świadczenia określone w § 4 pkt 1).

§ 25

Oceny trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy zawodowej dokonuje Ubezpieczyciel przy współpracy z lekarzami wskazanymi przez Ubezpieczyciela na podstawie dostarczonych dowodów oraz dokumentacji medycznej.

§ 26

1. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, jednak nie dłużej niż za okres 90 dni od daty wypadku, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 4.

2. Podstawą wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego jest karta informacyjna leczenia szpitalnego.

3. Dzielne świadczenie szpitalne wypłacane jest po zakończeniu leczenia szpitalnego; na wniosek Ubezpieczającego Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o wypłacie całości lub części świadczenia w terminie wcześniejszym.

§ 27

1. Koszty leczenia zwracane są na podstawie oryginałów rachunków.

2. Koszty leczenia zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy są niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 28

1. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest Ubezpieczonemu.

2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a zgon nie był następstwem wypadku, należne przed śmiercią świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej.

§ 29

1. Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy zawodowej wypłaca się Ubezpieczonemu.

2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem świadczenia z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy, należne przed śmiercią świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej, z zastrzeżeniem § 24 ust. 2.

§ 30

1. Świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się osobie uprawnionej wyznaczonej imiennie przez Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie zmienić osobę uprawnioną.

§ 31

1. Dzielne świadczenie szpitalne wypłaca się Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem należnego świadczenia, o którym mowa w ust. 1, a zgon nie był następstwem wypadku, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej.
3. Świadczenia, o którym mowa w ust. 1 nie wypłaca się jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem przedmiotowego świadczenia, a zgon był następstwem wypadku. W takiej sytuacji osobie uprawnionej wypłaca się świadczenie z tytułu śmierci.

§ 32

Koszty leczenia zwracane są wyłącznie osobie, która je poniosła.

§ 33

Świadczenia, o których mowa w §§ 28 - 31, nie przysługują osobie uprawnionej, która umyślnie spowodowała śmierć Ubezpieczonego.

§ 34

1. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi - w całości,
 - 2) dzieciom - w częściach równych,
 - 3) rodzicom - w częściach równych,
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom zmarłego - w częściach równych.
2. W razie braku osoby uprawnionej z przysługującego świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w granicach sumy ubezpieczenia w pierwszym rzędzie rzeczywiste, udowodnione koszty pogrzebu oraz ewentualne koszty transportu zwłok z miejsca wypadku do miejsca pochówku osobie, która te koszty poniosła, chyba że koszty te zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 35

Świadczenia wypłacane są w złotych polskich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 36

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia w wyniku dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego związanego z zaistnieniem szkody, zasadności roszczeń i wysokości świadczenia, w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
2. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia w terminie wskazanym w ust. 1 okazało się niemożliwe, świadczenie powinno zostać wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Jeżeli z okoliczności wypadku wynika, że nie ma możliwości ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela bez wyjaśnienia

kwestii winy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o odpowiedzialności za zdarzenie w oparciu o wynik postępowania przygotowawczego lub prawomocne orzeczenie sądu.

4. Jeżeli uprawniony do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo co do wysokości świadczenia, może w ciągu 30 dni od dnia otrzymania stanowiska Ubezpieczyciela zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 37

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy; odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

§ 38

1. Jeżeli umowa wygasa na skutek przyczyn określonych w § 30 następuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczony jest od następnego dnia po wygaśnięciu stosunku ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 39

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Jeżeli strona umowy zmieniła adres i nie zawiadomiła o tym drugiej strony umowy, to pismo skierowane na ostatni znany adres strony wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby strona nie zmieniła adresu. Postanowienia powyższe mają również zastosowanie do siedziby strony.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio pod: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.

§ 40

1. Skargi i zażalenia Ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi rozpatrywane są niezwłocznie przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnionego pracownika po przesłaniu ich drogą pisemną pod adres siedziby Ubezpieczyciela.
2. Po rozpatrzeniu skarg i zażaleń, o których mowa w ust. 1, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest w terminie 30 dni Ubezpieczonemu pod adresem wskazanym w skardze lub zażaleniu.

§ 41

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i Kodeksu Cywilnego.

§ 42

1. Spory wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Strony umowy ubezpieczenia mogą poddać pod rozstrzygnięcie sądu polubownego wynikające z niej spory.

§ 43

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 10 sierpnia 2007 roku i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Członek Zarządu



Jarosław Piątkowski

